

CONSÉQUENCES

DU

DÉVELOPPEMENT DE L'ARTHRITISME

DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Avril 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANCIS SIMERAY

Né le 23 Novembre 1864, à Chaumergy (Jura)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1894

CONSÉQUENCES
DU
DÉVELOPPEMENT DE L'ARTHRITISME
DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 20 Avril 1894
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
FRANCIS SIMERAY
Né le 23 Novembre 1864, à Chaumergy (Jura)



LYON
ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
4, RUE GENTIL, 4
—
Avril 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; M. WEILL, Assesseur; MM. ROQUE et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TEISSIER

A MES PROFESSEURS

INTRODUCTION

En suivant le service hospitalier de M. le professeur Teissier à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de coliques néphrétiques qui présentaient ceci de particulier, c'est que les sujets chez lesquels elles apparaissaient, avaient présenté quelques années auparavant des manifestations très nettes et même avancées de tuberculose pulmonaire.

Nous avons été frappé de ces faits. D'autre part, M. le professeur Teissier nous citait une observation analogue insistant sur le rôle peut-être curateur que le développement de la diathèse arthritique aurait exercé sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Nous avons eu dès lors l'idée de rechercher quelles relations pouvaient exister entre la tuberculose et l'arthritisme, conditions

pathologiques en apparence si dissemblables, et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous joignons aux observations précédentes deux cas publiés par M. Sokolowski dans ses *Archives de Médecine*, t. XLVIII. Nous devons leur traduction à l'obligeance de M. le Dr Frenkel.

C'est en nous basant sur ces cinq observations qui nous paraissent on ne peut plus probantes que nous avons été amené à nous demander si elles n'impliquent pas quelques considérations applicables au traitement de la tuberculose pulmonaire.

Notre sujet est divisé en trois parties :

La première partie comprend : Les modifications cliniques apportées par l'arthritisme dans le développement de la tuberculose pulmonaire.

La deuxième partie est l'interprétation des faits qui précèdent.

Enfin, dans la troisième partie, sont relatées les conséquences et les conclusions au point de vue thérapeutique.

CONSÉQUENCES
DU
DÉVELOPPEMENT DE L'ARTHRITISME
DANS L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PREMIÈRE PARTIE

**Modifications cliniques apportées
par l'arthritisme dans le développement
de la tuberculose pulmonaire.**

Nous pouvons considérer deux cas.

PREMIER CAS

La tuberculose pulmonaire s'est développée chez un sujet arthritique, c'est-à-dire chez un individu qui a présenté ou non des manifestations arthritiques, mais qui, dans tous les cas, est né de parents gouteux.

M. Sokolowski a observé dans sa clientèle privée toute une série de cas de tuberculose pulmonaire à marche insolite chez des personnes arthritiques.

Ces cas se distinguent par les caractères suivants :

1° Les symptômes prédominants ne sont pas ceux du

côté de la poitrine, mais ceux de l'état général ou des autres organes.

Dans plusieurs cas, ce qui frappe d'abord, c'est la faiblesse générale ou bien les phénomènes gastro-intestinaux, ou bien les douleurs arthritiques. C'est sur un fond constitué par les symptômes ci-dessus que le processus tuberculeux se développe en revêtant une marche excessivement lente qui paraît être due justement à la diathèse arthritique. Chez la plupart de ces malades, on a pu constater diverses manifestations de l'arthritisme, soit avant, soit pendant la maladie pulmonaire, comme accès d'uraturie, avec ou sans coliques néphrétiques, tuméfaction des articulations.

2° Malgré des lésions avancées, la marche de la phthisie est souvent apyrétique sans phénomènes hectiques.

3° Les hémoptysies sont fréquentes et peuvent durer des années.

4° Dans tous les cas les phénomènes subjectifs du côté de l'appareil respiratoire sont minimes : toux légère, dyspnée insignifiante ; ils ne deviennent manifestes que dans les stades très avancés de la maladie.

5° Les signes physiques du côté de l'appareil respiratoire sont ceux des formes très chroniques de la tuberculose fibreuse avec cette différence que le processus revêt la forme d'une induration le plus souvent unilatérale, presque jusqu'à la fin.

Le caractère induratif n'est cependant pas primitif comme dans la phthisie fibreuse, mais secondaire, consécutif à l'évolution du processus nodulaire : la caséification s'arrête à un moment donné et fait place à l'induration.

M. Pidoux dans son *Traité sur la phtisie pulmonaire* soutient aussi cette évolution particulière de la phtisie chez les arthritiques.

« La présence, dit-il, de l'élément arthritique chez un phtisique oppose à la cachexie purulente une résistance et un retard d'évolution remarquables qui feront contraster l'état général du sujet avec son état local.

Il y a dans ce cas une sorte d'antagonisme entre l'arthritisme et la tuberculose pulmonaire, à tel point qu'un arthritique franc et vigoureux exclut la tuberculisation et que dans le traitement de la phtisie pulmonaire on doit chercher par dessus tout à provoquer les reliquats arthritiques pour retarder la marche de la tuberculisation.

Je me garde bien, dit-il, d'atténuer ou de chercher à guérir chez les phtisiques ou chez ceux qui sont menacés de le devenir, les maladies arthritiques ou herpétiques. Je dois mes plus beaux succès dans la phtisie à la revivification ou à l'explosion primitive de ces affections sous l'influence de la médication thermale d'Eaux-Bonnes.

M. Lécorché, dans son *Traité sur la goutte* cite une observation qui nous paraît être le type des modifications apportées par l'arthritisme dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire développée chez un sujet arthritique.

OBSERVATION (Lécorché).

Goutte héréditaire et tuberculose pulmonaire, congestions pulmonaires multiples avec hémoptysie, cavernes cicatrisées, disparition des accidents pulmonaires après l'apparition de la goutte articulaire.

X..., âgé de cinquante ans, grand-père goutteux, père goutteux dès l'âge de vingt-quatre ans, mort subitement à soixante-trois ans avec déformations des jointures, ankylose des pieds et des genoux, athérome artériel et cœur gras. La mère et deux frères sont morts phthisiques.

De vingt et un à vingt-cinq ans, accidents thoraciques ayant nécessité quatre saisons à Menton et aux Eaux-Bonnes. Il reste au sommet du poumon gauche les signes persistants d'une caverne cicatrisée.

De 1862 à 1868, chaque année congestion pulmonaire, tantôt à gauche, tantôt à droite, caractérisée par des crachats sanglants, du souffle bronchique limité en un point au milieu de râles sous-crépittants généralisés, causée le plus souvent par le froid, souvent précédée de troubles digestifs durant d'ordinaire trois semaines. Le malade avait remarqué qu'il évitait presque sûrement les congestions qui se produisaient au printemps lorsqu'il restait à la campagne et vivait au grand air.

En 1868, sur mon conseil, il se décida à passer l'hiver en Italie et dès lors les congestions pulmonaires cessaient pour ne plus reparaitre.

En 1869, au printemps, première attaque de goutte, limitée au dos du pied gauche. Dès lors, presque tous les ans, à la même époque, survient une attaque plus ou moins forte. Un appétit exagéré fait d'ordinaire prévoir au malade l'approche de l'attaque de goutte. La douleur vive, térébrante, spontanée propre à la goutte ne dure d'ordinaire que huit heures la première nuit, s'il n'y a

qu'une jointure de prise, la deuxième nuit est bonne. Mais si plusieurs jointures participent à l'attaque, il y a autant de nuits douloureuses que de jointures prises. La douleur térébrante passée, il reste une douleur à la pression, au mouvement, qui se prolonge un temps plus ou moins long, environ quinze jours ou trois semaines.

Les urines, d'ordinaire chargées, laissaient déposer au moment des attaques, un sable rouge, au fond du vase.

Ce n'est qu'à la première attaque que la goutte s'est localisée à une seule jointure; aux attaques subséquentes deux ou trois articulations furent successivement prises, en 1877 les deux orteils, en 1880 les deux pieds et le genou droit, en 1882 les pieds et les mains.

Notre malade n'a eu qu'une colique néphrétique en 1879, mais depuis trois ans il a rendu de temps à autre des graviers, sans douleur. La goutte toutefois n'a pas restreint ses manifestations aux articulations. En 1877 par exemple le malade a été pris d'une tuméfaction du conduit nasal gauche, avec larmolement à l'œil, sécheresse de la narine correspondante. Cette inflammation dura six à sept jours et se dissipa brusquement à l'apparition d'une manifestation goutteuse des deux orteils. Cet accès, qui avait débuté le 12 mars, se dissipa le 16 avril, laissant à sa suite des troubles gastro-intestinaux variés; ce furent d'abord des crampes d'estomac, avec douleurs épigastriques exaspérées par la pression, s'accusant surtout dans l'après-midi et cédant à l'ingestion des aliments. La langue était saburrale et l'appétit diminué, le malade accusait en outre une sensation de courbature musculaire très prononcée. Bientôt ces troubles gastriques se compliquèrent de diarrhée, puis survinrent des alternatives de constipation et de débâcles diarrhéiques, douleurs mobiles dans l'abdomen portant tantôt sur le côlon ascendant, tantôt sur le côlon descendant. Ces troubles gastro-intestinaux ne cédèrent qu'à l'usage des eaux de Capvern. En 1883, bronchite aiguë qui disparut brusquement au moment où un accès de goutte éclata au pied droit.

Actuellement santé générale bonne, embonpoint, appétit excellent, quelques douleurs hémorroïdaires, aucun trouble pulmonaire.

DEUXIÈME CAS

La tuberculose pulmonaire s'est développée chez un sujet n'ayant jamais eu de manifestations arthritiques et n'ayant pas d'antécédents héréditaires goutteux.

Si d'un côté l'on voit la tuberculose se développer chez les arthritiques et être modifiée par les manifestations de l'arthritisme, on voit d'autre part la lithiase rénale se déclarer chez les tuberculeux et produire des phénomènes arthritiques typiques.

Ce n'est qu'une diathèse arthritique qui naît chez des tuberculeux.

J'ai observé, dit M. Sokolowski, toute une série de cas que l'on peut diviser en plusieurs catégories.

Dans une première catégorie on voit des individus qui ont déjà présenté une première poussée de tuberculose du sommet depuis des années. Ce processus a guéri par production du tissu conjonctif et n'a laissé de l'ancienne maladie qu'une disposition au catarrhe bronchique. L'état général s'est amélioré avec une augmentation de poids. Quelques-uns ont pris un aspect florissant de santé et de vigueur. La seule chose dont ils se plaignent est une légère lassitude en montant les escaliers.

C'est chez ces individus qui se considèrent comme complètement guéris que l'on voit apparaître, au bout de quelques mois ou plus tard encore, une série de troubles de nature arthritique. Ce sont d'abord :

Elimination d'acide urique en excès, en même temps apparition de troubles gastriques, dyspepsie, constipation.

Un peu plus tard surviennent des coliques néphrétiques ou parfois des œdèmes et des douleurs arthritiques.

En un mot, chez des individus d'âge moyen entre trente et quarante ans apparaît le tableau de l'arthritisme acquis, bien qu'il n'y ait aucune disposition héréditaire dyscrasique.

A la deuxième catégorie appartiennent des individus chez lesquels la localisation pulmonaire s'est améliorée, l'état général restant mauvais. Les malades ne toussent pas constamment, mais sont sujets à des bronchites. Avec le temps apparaissent des poussées arthritiques typiques, soit sous forme de lésions articulaires, soit sous forme de coliques néphrétiques.

Ces accidents sont précédés par différents troubles dyspeptiques : anorexie, douleur gastralgique, constipation rebelle, etc.

Enfin, j'ai observé des phénomènes arthritiques, rarement il est vrai, chez des malades où la poussée pulmonaire avait la forme d'une phtisie fibreuse nette, mais progressive. Avec des hémoptysies fréquentes et des troubles de la santé générale, les malades présentaient des coliques néphrétiques excessivement violentes qui les épuisaient complètement. Chez l'un d'eux les coliques néphrétiques apparurent quelques mois avant la mort, et le malade, bien que présentant une cachexie extrême, n'eut pas de fièvre même à ses derniers moments.

PREMIERE OBSERVATION (Sokolowski).

N...., avocat, trente-sept ans. Sans antécédents héréditaires, ni pour la tuberculose, ni pour l'arthritisme. A commencé à tousser et à présenter de la fièvre en 1879, pendant les examens qui l'ont surmené.

Peu de temps après, apparaissent des hémoptysies abondantes qui ont duré deux mois et qui ont considérablement affaibli le malade. Vers la fin d'août l'état général s'est un peu amélioré et le malade a été transporté à Gövlersdorf.

En qualité de médecin traitant de l'établissement, j'examinai le malade. Le sommet droit était induré ; l'état général mauvais ; cependant le malade n'avait pas de fièvre et grâce au traitement climatérique et diathésique l'amélioration fut complète au double point de vue de l'état général et de l'état local.

Il est resté cinq mois à l'établissement et un an à la campagne ; après quoi, se sentant complètement rétabli, il a repris ses occupations.

En avril 1881, nouvelle hémoptysie qui fut peu abondante et s'arrêta au bout de deux semaines. Depuis le malade n'a eu aucun phénomène du côté des organes respiratoires ; pas de toux, pas de crachats. L'examen local répété plusieurs fois ces dernières années n'a révélé qu'une augmentation du murmure vésiculaire et de l'exagération des frémissements à la région du sommet droit. L'état général du malade est excellent ; il a beaucoup engraisé.

Déjà vers la fin de 1882, il a remarqué une excrétion abondante d'urates dans les urines.

En 1885, il a eu des accès de coliques néphrétiques bien prononcés, de même en 1885, 1886, 1887 malgré une cure à Carlsbad et Marienbad.

En avril 1888, après une cure à Carlsbad, le malade élimine de grosses concrétions uratiques après un violent accès de coliques néphrétiques.

En juin 1889, nouvel accès de coliques néphrétiques suivi d'une attaque d'arthritisme bien accentuée dans l'articulation tibio-tarsienne gauche.

L'état général est excellent jusqu'à présent; les phénomènes pulmonaires ne paraissent pas avoir changé.

DEUXIÈME OBSERVATION. (Sokolowski).

N..., sans antécédents héréditaires quant à la tuberculose et à l'arthritisme. A présenté en 1873, à l'âge de vingt ans, une tuberculose du sommet droit qui a laissé comme signe une induration étendue avec un état général très mauvais.

Une cure climatérique rigoureuse et systématique dans les montagnes, poursuivie pendant six ans, a amené un arrêt complet du processus avec formation de tissu fibreux dans le sommet droit.

L'état général s'est amélioré, le malade a engraisé et se sent très bien ; toutefois il éprouve une légère dyspnée en montant les escaliers. Ce n'est que de temps en temps qu'il présente une bronchite passagère. Il peut très bien vaquer à ses occupations d'ailleurs assez pénibles.

En 1885, apparaissent des troubles dyspeptiques : météorisme, diarrhée passagère. En même temps apparaît dans les urines un dépôt d'acide urique et quelques mois plus tard le malade est sujet à des coliques néphrétiques doubles pendant deux mois ; l'urine donne alors un dépôt abondant composé exclusivement d'acide urique pur et d'oxalate de chaux.

Un changement de régime et une cure à Marienbad ont supprimé ces accès de coliques bien que l'uraturie soit encore parfois très abondante.

L'état général est excellent. Les phénomènes pulmonaires n'ont pas changé.

TROISIÈME OBSERVATION.

(Gelay, interne du service de M. Teissier.)

Ancienne tuberculose. — Guérison. — Depuis, développement de coliques néphrétiques et d'hydronéphrose droite.

La femme G..., blanchisseuse, trente-six ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 31 octobre, 1893. Père vivant et bien portant, mère morte à trente-huit ans. Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire, une autre sœur est en bonne santé, un frère a eu récemment une pleurésie.

Réglée à seize ans; les règles survenaient toutes les trois semaines et étaient accompagnées de vives douleurs.

Mariée à dix-sept ans, elle a eu 4 enfants morts en bas âge. La malade a beaucoup travaillé; elle a soigné ses sœurs tuberculeuses.

Il y a huit ans, elle a eu une poussée de tuberculose pulmonaire aux deux sommets avec hémoptysie. Actuellement elle tousse très peu, ne crache pas et jouit d'une santé relativement bonne.

Il y a trois ans, la malade fut soignée dans le service pour des accidents de tuberculose pulmonaire qui durèrent deux mois: râles fixes aux deux sommets et hémoptysies.

Depuis quatre ou cinq mois environ, la malade se plaint de douleurs dans la région lombaire, continues, augmentant par la fatigue, elle a souffert aussi de troubles digestifs très marqués, tels que anorexie, vomissements répétés, diarrhée.

Il y a dix jours environ, les douleurs lombaires prirent une intensité remarquable sans cause apparente et devinrent progressive-

ment insupportables. Elles s'accompagnaient de vomissements répétés. D'abord généralisées à tout l'abdomen, les douleurs se localisèrent bientôt à droite avec irradiation dans la cuisse. Elles durèrent trois jours, puis diminuèrent progressivement. Pendant ces trois jours les urines étaient rares et rougeâtres. La malade n'a pas remarqué de graviers dans ses urines.

A son entrée à l'hôpital, on ne constate plus qu'une notable hyperesthésie dans le flanc droit avec empâtement de la région. Le toucher vaginal dénote une douleur localisée au cul-de-sac droit; l'utérus est un peu en antéversion. La malade est sortie le 12 novembre 1893, complètement guérie de son hydronéphrose. L'auscultation des poumons ne révèle aucune lésion.

QUATRIÈME OBSERVATION

(M. Gelay interne du service de M. Tessier.

Ancienne tuberculose pulmonaire aujourd'hui cicatrisée, coliques néphrétiques avec hydronéphrose.

La femme G.... quarante-deux ans, est entrée le 12 décembre 1893, à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Teissier.

Père mort de tuberculose pulmonaire à quarante-six ans, mère morte de fièvre typhoïde. Elle eut quatre frères dont deux sont morts, l'un de tuberculose pulmonaire.

Réglée à 16 ans toujours régulièrement; elle a eu cinq enfants dont une fille encore vivante aurait une maladie de cœur; les quatre autres sont morts dans l'enfance.

Elle eut la rougeole étant jeune et la fièvre typhoïde à quatorze ans. A seize ans, le médecin de sa famille faisait le diagnostic de tuberculose pulmonaire, la malade était très anémiée et avait une toux opiniâtre. Les symptômes s'amendèrent et elle guérit.

A dix-huit ans elle eut la variole. A trente-six ans vomissements incoercibles sans hématuries. Il y a deux ans la malade eut une fracture de cuisse qui l'obligea à garder le lit pendant deux mois. Pendant ce repos prolongé la malade double de poids.

Il y a un an, la malade fut prise d'accidents rapportés par M. Weill à des coliques néphrétiques. A ce moment elle eut des graviers dans ses urines.

Cette première crise ne dura qu'une heure. Deux jours après nouvelles coliques plus fortes que les précédentes et dès lors des crises analogues furent très fréquentes, mais beaucoup moins intenses.

Depuis huit jours, la malade a de nouvelles crises. Pendant l'intervalle des crises la malade rend des urines rares et foncées.

Cette nuit la malade a eu deux nouvelles coliques. A la suite de grands bains tièdes, il y a eu émission d'un litre d'une urine rouge et bourbeuse. Rien d'anormal aux poumons. La malade sort le 15 décembre complètement guérie.

CINQUIÈME OBSERVATION

Observation personnelle de M. Teissier.

Tuberculose pulmonaire à marche suraiguë. — Ramollissement des deux sommets, hémoptysies, amaigrissement rapide, poussées fébriles. — Traitement par l'immobilisation, l'huile de foie de morue et la créosote. — Amélioration progressive. — Depuis développement de coliques néphrétiques.

M. X..., habitant le département de Saône-et-Loire, a quarante ans; a fait de nombreuses imprudences et s'est exposé souvent à la pluie et à l'humidité alors qu'il était en sueur. Pas d'antécédents spéciaux.

M. X..., vint nous consulter il y a environ quatre ans à la suite d'une série d'hémoptysies qui l'ont beaucoup préoccupé; il a beaucoup maigri, a de la fièvre et se sent très amoindri.

Il présente en effet les signes d'une tuberculose avancée à marche rapide: gros râles fixes aux deux sommets, à gauche les phénomènes stéthoscopiques s'entendent dans toute la moitié de la poitrine; le cœur bat 110; il y a de la fièvre. Le malade accuse de plus des sueurs nocturnes, perte de l'appétit et une diminution considérable des forces.

On lui prescrit de quitter immédiatement ses affaires, de s'installer à la campagne dans un endroit bien aéré, de rester immobile couché tant qu'il aura de la fièvre et de se soumettre en même temps à des inhalations de créosote et à l'usage interne de l'huile de foie de morue.

Ces prescriptions furent exécutées à la lettre et en quelques mois l'état général était tellement amélioré que M. X... était méconnaissable, il avait repris du poids, de l'embonpoint de

l'appétit, des couleurs au point de se croire presque guéri. M. X... a été revu depuis une ou deux fois par an sans que sa guérison se soit démentie.

Il était arrivé à boire jusqu'à près de deux verres d'huile de foie de morue par jour ; au moins un grand litre par semaine. En même temps les signes stéthoscopiques s'étaient amendés d'une façon parallèle et, n'était une légère hémoptysie qu'il présenta à la suite d'un effort au mois de février dernier, les phénomènes du côté du poumon pouvaient être considérés comme presque disparus.

Par contre, depuis le commencement de cette année, il a fait une série de coliques néphrétiques excessivement douloureuses et qui lui ont laissé un léger degré de congestion rénale se traduisant par de l'albuminurie et un léger bruit de galop présystolique. Néanmoins la tuberculose pulmonaire peut être considérée comme étant enrayée et il est très vraisemblable que c'est sous l'influence du développement de la diathèse arthritique que cette guérison a été obtenue.

DEUXIÈME PARTIE

Interprétation des faits qui précèdent.

D'après les faits cliniques qui précèdent, il est rationnel d'admettre une véritable transformation diathésique. La diathèse arthritique se substituant à la diathèse tuberculeuse. C'est du moins l'interprétation qui en a été donnée par M. le professeur Teissier dans son service.

M. Pidoux admet, lui aussi, nous l'avons vu l'antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme et même la transformation diathésique, car, dit-il : on voit des cas où les lésions pulmonaires s'arrêtent sous le coup d'une manifestation goutteuse pour reprendre plus tard, alors que les manifestations goutteuses ont disparu.

Guéneau de Mussy dit aussi que chez le même sujet le développement de l'une de ces affections semble enrayer la marche de l'autre.

Comment expliquer cet antagonisme généralement admis entre ces deux diathèses ? Les phénomènes de nutrition intime des tissus nous l'indiquent.

La tuberculose pulmonaire, maladie infectieuse au premier chef s'accompagne sans doute d'une exagération des combustions organiques puisque les malades ont de la fièvre.

L'arthritisme, au contraire, est caractérisé par un ralentissement de la nutrition amenant un défaut d'oxydation complète des matières organiques et, par suite, la production d'un excès d'acide urique dans le sang.

C'est sans doute en substituant, par le fait du régime, de l'hygiène ou de la thérapeutique suivis, ce processus bradythrophique à l'exagération du processus de dénutrition causé par la tuberculose, que dans les cas ci-dessus consignés l'arrêt des lésions pulmonaires a été produit.

Si donc, vraisemblablement, nos malades se sont guéris de leur tuberculose pulmonaire, c'est en ralentissant leur nutrition, c'est-à-dire en devenant arthritiques.

La production de la diathèse arthritique chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire ayant en quelque sorte un rôle curateur, on voit quelle importance il y aura au point de vue thérapeutique à favoriser chez des tuberculeux le développement du processus arthritique.

Or, on peut arriver à ce résultat de deux manières :

1° Soit en favorisant la production de l'acide urique dans l'économie.

2° Soit en s'opposant à l'élimination de cet acide.

Pour favoriser la production d'acide urique, il faut diminuer, atténuer les combustions organiques, et nous pensons que les corps gras : huiles, beurres, graisses

sont les substances alimentaires qui possèdent cette propriété au plus haut degré. En second lieu, l'immobilisation exerce aussi une action puissante dans le même sens, ainsi qu'en témoignent les observations 4 et 5.

L'acide urique est éliminé en grande partie par les reins ; il est insoluble ou à peu près dans une urine très acide, dès lors, toute cause qui augmentera l'acidité de l'urine diminuera par cela même l'excrétion urique.

Or, M. Sokolowski, dont nous relatons ci-après les expériences, a montré que l'alimentation lactée maintenue quelque temps détermine une suracidité de l'urine. L'usage de cet aliment complexe se trouve donc doublement justifié dans la tuberculose pulmonaire puisque par le beurre qu'il renferme il agit en outre à la façon des corps gras. Cantoni, cité par Sokolowski, a montré que l'ingestion de grandes quantités de lait provoque une exagération de l'acidité des urines.

MM. Sokolowski et Nencki ont commencé une série de recherches pour prouver le fait annoncé par Cantoni. Mais les malades sur lesquels ils expérimentaient n'étant pas dociles et ne suivant pas convenablement le régime qui leur était assigné, leur recherches n'aboutirent à aucun résultat. Ils reprirent plus tard ces expériences sur eux-mêmes.

La quantité de lait qu'ils absorbaient était toujours la même chaque jour, le lait avait la même origine et le genre de vie des expérimentateurs n'a pas changé tant qu'ont duré les expériences.

Les urines furent examinées trente-deux fois pendant les quarante jours qu'ils suivirent le traitement.

A chaque analyse, ces expérimentateurs déterminaient

la quantité d'urine émise, son poids spécifique, la quantité d'azote, l'acidité, les chlorures et les dépôts.

Ce qui nous importe, c'est l'acidité totale ; or, ces expérimentateurs l'ont déterminée par une solution titrée de soude, méthode passible d'erreurs, comme l'a si bien montré M. Albert Guichard, dans sa thèse (Lyon, 1893) : *De la réaction acide de l'urine dans l'hypochlorhydrie*. M. Guichard a montré, en effet, que, par ce procédé, une cause d'erreur provient de la présence des phosphates alcalino terreux qui, au lieu de passer à l'état métallique comme les phosphates alcalins, passent à l'état trimétallique, par l'addition de soude. De plus, avec les phosphates potassique et sodique, il faudra moins de liqueur titrée pour arriver à la teinte neutre sur le papier réactif qu'avec les phosphates terreux.

Il en résulte qu'une même quantité de potasse nécessaire à la saturation de deux urines différentes ne prouvera pas un degré d'acidité identique. Nous n'entrerons pas dans tous les détails que comporte la méthode employée par M. Guichard, disons seulement que son procédé consiste à faire passer tous les phosphates acides et alcalino terreux à l'état de phosphates métalliques en ajoutant un grand excès de soude.

N'ayant qu'une seule espèce de sels dans ses urines, il peut de cette façon identifier toutes les urines.

Ce procédé permet de déterminer l'acidité avec précision.

Pour ce motif, nous ne donnerons pas le tableau cité par MM. Sokolowski et Nencki, les nombres qui y figurent devant être inexacts.

Quoi qu'il en soit, d'après M. Sokolowski, l'acidité de

l'urine augmente sous l'influence du régime lacté, de sorte que ce régime doit favoriser la diathèse unique.

Si donc, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire nous associons les corps gras et en particulier l'huile de foie de morue au régime lacté; si d'autre part nous prescrivons l'immobilisation, nous réunirons les conditions principales et essentielles qui pourront permettre la substitution de la diathèse arthritique à la diathèse tuberculeuse.

CONCLUSIONS

Le développement spontané de manifestations arthritiques peut amener dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire des modifications différentes.

I. La tuberculose pulmonaire peut s'arrêter complètement dans son évolution.

II. La tuberculose pulmonaire peut se transformer en un simple catarrhe bronchique.

III. Les manifestations arthritiques peuvent alterner avec les poussées de tuberculose pulmonaire.

Comme conséquence de cette considération clinique, c'est que toute thérapeutique susceptible de provoquer

chez le malade le ralentissement de la nutrition qui est un des caractères constitutionnels de l'arthritisme donnera de bons résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

J. TEISSIER.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE. — Modifications cliniques apportées par l'arthritisme dans le développement de la tuberculose	
pulmonaire.	7
Premier cas	7
Observation	10
Deuxième cas	12
Observations	14
DEUXIÈME PARTIE, — Interprétation des faits	23
CONCLUSIONS	29

